至　事業所健保窓口経由　三井住友トラスト・グループ健康保険組合

常務理事	事務長	担当者	支給決定金額	内　訳		資格取得	年　月　日
				法定		被扶養者認定日	年　月　日
						資格喪失	年　月　日
				付加		資格取得(喪失)6か月の別	該当 ・ 非該当
					一時金等支払	月／ 国保連 ・ 支払基金	
						支給決定日	年　月　日

受付No.

【直接支払制度を利用する】場合にご利用ください。

被保険者
家　族

出産育児一時金・付加金支払依頼票

このたびの出産について直接支払制度を利用しましたので、付加金の支払いを依頼します。
なお、出産費用が法定給付の範囲内の場合は、差額の支払いを併せて依頼します。

依頼内容をチェックしてください。

○ 出産費用≧500,000円(*1)　につき、付加金(*2)の振込依頼をします。

□ 出産費用＜500,000円(*1)　につき、その差額および付加金(*2)の振込依頼をします。
→ *【添付書類】をご確認ください*

被保険者記入欄							
被保険者証	記号	○○○○	被保険者氏名	健保　太郎			
	番号	○○○○○○					
分娩年月日	△△　年　△△　月　△△　日		死産のとき	ヶ月			
分娩者氏名	健保　花子		分娩者生年月日	△△年△△月△△日	被保険者との続柄	妻	
出産した医療機関等	名称	□□□□□□病院					
	所在地	□□□□□□□□□□□□□□					

給付金の受領を、所属する事業主へ委任します。(*3)
資格喪失後は下記の口座(*4)に振り込み依頼します。

△△ 年 △△ 月 △△ 日

三井住友トラスト・グループ健康保険組合　御中

依頼者
〒 ○○○-○○○○○○
住　所(*5)　□□□□□□□□□□□□□　TEL　○○-○○○○-○○○○
氏　名　健保　太郎

(*4)資格喪失者のみ記入(なお、任意継続被保険者は、登録済みの給付金振込口座へ振り込まれます。)

振込希望口座(被保険者名義)	▽▽▽　銀行　▽▽▽　支店	普通預金　No. ○○○○○○○	口座名義	(フリガナ) ケンポタロウ 健保　太郎

(*1) 在胎22週未満の出産や産科医療保障制度未加入の医療機関の場合488,000円
(*2) 資格喪失後6ヶ月以内の出産の場合、付加金は支給されません。
(*3) 給付金は事業主より給与支給日等に被保険者に支払われます。
(*5) 育児書送付対象者の場合、送付先の住所として使用します。

【添付書類】
出産費用が500,000円(*1)未満で、差額の支払いを依頼される場合、
確証として以下の2点を添付してください。

- 医療機関等から交付される直接支払制度利用に関する合意文書(写)
- 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書(写)

被保険者への支給手続きは、医療機関等からの当健保への出産費用請求後となります。
(出産日の2～4ヶ月後の予定)

受付日	支払日